



ENTRED, échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques  
Basé à l'Institut de veille sanitaire  
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex  
Appel gratuit 0 800 07 44 18  
Fax : 01 55 12 53 37  
www.invs.sante.fr/entred

Numéro ENTRED

Etiquette n° 10

## AUTO-QUESTIONNAIRE PATIENT

Un médecin vous a-t-il dit que vous êtes diabétique ?

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

Avez-vous plus de 18 ans ?

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non

*Si vous n'êtes pas diabétique, ou si vous avez moins de 18 ans, ne remplissez pas la suite de ce questionnaire mais retournez-le dans l'enveloppe pré-affranchie ci-jointe.*

*Si vous êtes diabétique et avez plus de 18 ans, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire avant de le retourner.*

### A propos de ces questions

Ce questionnaire vous concerne, **vous et votre santé**.

Remplir ce questionnaire devrait vous prendre **moins d'une heure**.

**Il comprend 3 parties** que vous pouvez remplir en plusieurs fois. Si vous rencontrez des difficultés, n'hésitez pas à vous faire aider par un membre de la famille ou un(e) ami(e).

**Assurez-vous que vous avez répondu à chaque question**. Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse exacte, essayez de trouver celle qui se rapproche le plus de votre cas.

Vos nom et adresse n'apparaissent nulle part sur ce questionnaire et votre médecin n'aura pas connaissance de vos réponses à ce questionnaire. L'information que vous donnez ne sera en aucun cas utilisée sous une forme qui pourrait vous identifier.



## Partie 1 - Questionnaire ENTRED général

1.1 Dans quel département vivez-vous actuellement ? Numéro : |\_|\_|\_|

1.2 Quel est votre sexe ?  
 1 Homme  2 Femme

1.3 Quelle est votre date de naissance ? |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_1\_|\_9\_|\_|\_|\_|

1.4 Quel est votre statut marital ?  
 1 Célibataire  
 2 Marié(e), pacsé(e) ou vivant en couple  
 3 Divorcé(e) ou séparé(e)  
 4 Veuf(ve)

### Votre diabète

1.5 A quel âge, environ, un médecin vous a-t-il dit pour la première fois que vous aviez un diabète ?  
A l'âge de |\_|\_|\_| ans

1.6 Au cours de quelle(s) circonstance(s) a-t-on découvert votre diabète ? (plusieurs réponses possibles)  
 1 Parce que vous aviez tout le temps soif et/ou tout le temps envie d'uriner et/ou maigri  
 2 Parce que vous aviez fait un coma diabétique  
 3 Parce que vous aviez un problème au niveau du cœur, des artères, des reins, des nerfs, ou des yeux  
 4 Par hasard, au cours d'un bilan de santé en médecine du travail, sécurité sociale, pré-opératoire  
 5 Au cours ou après une grossesse  
 6 Sur une analyse de sang ou d'urine effectuée pour une autre raison, précisez la raison :  
.....  
 7 Autre circonstance, précisez : .....

1.7 Quelle est votre taille ? |\_|\_| , |\_|\_|\_| m

1.8 Quel est votre poids actuel ? |\_|\_|\_|\_| kg

### Votre cœur et vos vaisseaux

1.9 Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez eu un infarctus du myocarde, une crise cardiaque, de l'angor ou de l'angine de poitrine (problème coronarien) ?  
 1 Oui  
 2 Non  
 3 Je ne sais pas

1.10 Avez-vous eu une intervention sur les artères du cœur (pontage coronarien ou angioplastie coronaire, pose d'un stent, ou encore dilatation coronaire) ?  
 1 Oui  
 2 Non  
 3 Je ne sais pas

1.11 Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez de l'hypertension artérielle (tension artérielle élevée) ?  
 1 Oui  
 2 Non  
 3 Je ne sais pas

1.12 Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez trop de cholestérol ou de triglycérides (graisses) dans le sang ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

1.13 Fumez-vous actuellement, ne serait-ce que de temps en temps ?

- 1 Oui, tous les jours
- 2 Oui, occasionnellement
- 3 Non, j'ai arrêté depuis **moins** de trois ans
- 4 Non, j'ai arrêté depuis **plus** de trois ans
- 5 Non, je n'ai jamais fumé

## Vos yeux

1.14 Avez-vous définitivement perdu la vue d'un œil ?

- 1 Oui
- 2 Non

1.15 Un spécialiste de l'œil (ophtalmologiste) vous a-t-il déjà fait un fond d'œil ? Un examen du fond d'œil nécessite de mettre des gouttes dans les yeux pour dilater les pupilles, ce qui peut éblouir.

- 1 Oui **Si oui, était-ce ?**(plusieurs réponses possibles)  1 Au cours des 12 derniers mois
- 2 Non  2 Il y a plus de 12 mois
- 3 Je ne sais pas

1.16 Avez-vous déjà reçu un traitement par laser pour vos yeux ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

## Vos pieds

1.17 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un professionnel des pieds (podologue ou pédicure) pour un problème lié ou non à votre diabète ?

- 1 Oui **Si oui, combien de fois ?** |\_\_|\_\_| fois au cours des 12 derniers mois

**Quel était le montant de la dernière consultation ?**

- 1 Environ |\_\_|\_\_|\_\_| euros
- 2 Je n'ai rien payé
- 3 Je ne sais pas
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

1.18 Avez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu une plaie du **ped** ayant duré **plus d'un mois** (mal perforant plantaire) ?

- 1 Oui, j'ai actuellement une plaie
- 2 Oui, mais la plaie est guérie
- 3 Non
- 4 Je ne sais pas

1.19 Avez-vous été amputé d'un doigt de pied, d'un pied ou d'une jambe ?

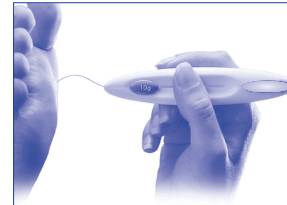
- 1 Oui
- 2 Non

1.20 Au cours des 12 derniers mois, un médecin, un(e) infirmier(ère) ou un(e) podologue a-t-il examiné vos pieds nus (sans chaussettes ni bas) ?

- 1 Oui
- 2 Non

1.21 Au cours des 12 derniers mois, un médecin a-t-il examiné la sensibilité de vos plantes de pieds à l'aide d'un monofilament (qui ressemble à un petit bout de fil de pêche) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas



## Vos reins

1.22 Êtes-vous actuellement en dialyse (séances d'épuration du sang environ 3 fois par semaine) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

1.23 Avez-vous eu une greffe rénale ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

## Vos dents

1.24 A quelle fréquence consultez-vous votre dentiste ?

- 1 En routine, au moins une fois par an
- 2 En routine, moins d'une fois par an
- 3 Uniquement en cas d'urgence ou de douleur
- 4 Jamais **Si vous avez coché "jamais", passez directement à la question 1.26.**

1.25 Votre dentiste est-il au courant de votre diabète ?

- 1 Oui
- 2 Non **Si non, pour quelle raison ?**
  - 1 J'ai pensé que cela ne le concernait pas
  - 2 J'ai oublié de lui en parler
  - 3 Autre raison : .....
- 3 Je ne sais pas

1.26 Etes-vous informé(e) des liens qui existent entre votre diabète et l'état de vos dents et gencives ?

- 1 Oui
- 2 Non

1.27 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été vacciné(e) contre la grippe ?

- 1 Oui  
 2 Non  
 3 Je ne sais pas

1.28 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous rencontré un psychiatre ou psychologue ?

- 1 Oui

**Si oui, était-ce ?**

- 1 Un psychologue (non médecin)

**Combien de fois l'avez-vous rencontré au cours des 12 derniers mois ?**

|\_|\_| fois

**Quel était le montant de la dernière séance ?**

- 1 Environ |\_|\_|\_| euros  
 2 Je n'ai rien payé  
 3 Je ne sais pas

- 2 Un psychiatre (médecin)

**Combien de fois l'avez-vous rencontré au cours des 12 derniers mois ?**

|\_|\_| fois

**Quel était le montant de la dernière consultation ?**

- 1 Environ |\_|\_|\_| euros  
 2 Je n'ai rien payé  
 3 Je ne sais pas

- 2 Non

- 3 Je ne sais pas

1.29 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un(e) diététicien(ne) ?

- 1 Oui

**Si oui, combien de fois au cours des 12 derniers mois ?** |\_|\_| fois

**Était-ce... ?**

- 1 A l'hôpital  
 2 En cabinet privé  
 3 Autre, précisez : .....

**Quel était le montant de la dernière consultation ?**

- 1 Environ |\_|\_|\_| euros  
 2 Je n'ai rien payé  
 3 Je ne sais pas

- 2 Non

- 3 Je ne sais pas

1.30 Vous a-t-on déjà donné par écrit un régime alimentaire ou des conseils pour votre alimentation à cause de votre diabète ?

- 1 Oui  
 2 Non

## Les traitements du diabète

1.31 Actuellement, êtes-vous traité(e) pour le diabète par injections d'insuline ?

- 1 Oui

**Si oui, à quel âge, environ, avez-vous commencé les injections d'insuline ?**

A l'âge de |\_|\_| ans

- 2 Non, je suis traité(e) uniquement par comprimés. **Si non, passez directement à la question 1.34.**

1.32 Avez-vous été hospitalisé(e) pour apprendre à faire vos premières injections d'insuline ?

- 1 Oui  
 2 Non

1.33 Aujourd'hui, qui fait vos injections d'insuline ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 Moi-même  
 2 Un(e) infirmier(ère)  
 3 Une autre personne, précisez : .....

*Les questions suivantes portent sur l'ensemble de vos médicaments (pour le diabète ou autre).*

1.34 Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ?

- 1 Oui  
 2 Non

1.35 Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre un ou plusieurs médicaments ?

- 1 Oui  
 2 Non

1.36 Vous arrive-t-il d'être en panne d'un ou plusieurs médicaments ?

- 1 Oui  
 2 Non

1.37 Vous arrive-t-il de prendre vos médicaments avec retard par rapport à l'heure habituelle ?

- 1 Oui  
 2 Non

1.38 Vous arrive-t-il de ne pas prendre vos médicaments parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?

- 1 Oui  
 2 Non

1.39 Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

- 1 Oui  
 2 Non

1.40 Avez-vous déjà entendu parler de l'hémoglobine glyquée, encore appelée HbA1c ?

- 1 Oui Si oui, quel était votre dernier résultat d'HbA1c ? |\_\_\_| %  
 2 Non

1.41 On peut surveiller son diabète chez soi en utilisant un lecteur de glycémie. C'est un petit appareil qui utilise une goutte de votre sang prélevé au bout du doigt pour mesurer votre taux de sucre. Utilisez-vous cet appareil à votre domicile ?

- 1 Oui Si oui, combien faites-vous de glycémies en moyenne ?  
|\_\_\_|\_\_\_| glycémies par jour  
ou |\_\_\_|\_\_\_| glycémies par semaine  
ou |\_\_\_|\_\_\_| glycémies par mois  
 2 Non

1.42 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une (des) hypoglycémie(s) sévère(s), c'est à dire au cours de laquelle (desquelles) vous avez eu besoin de l'aide d'une autre personne pour remonter votre taux de sucre ?

- 1 Oui Si oui, combien au cours des 12 derniers mois ? |\_\_\_|\_\_\_| hypoglycémie(s)  
 2 Non  
 3 Je ne sais pas

## Le sommeil

1.43 Vous arrive-t-il de ronfler au cours de la nuit ?

- 1 Oui, souvent (au moins 3 nuits par semaine)
- 2 Oui, parfois (2 nuits par semaine ou moins)
- 3 Non
- 4 Je ne sais pas

1.44 Vous a-t-on fait remarquer qu'il vous arrivait d'arrêter de respirer pendant votre sommeil ?

- 1 Oui, souvent (au moins 3 nuits par semaine)
- 2 Oui, parfois (2 nuits par semaine ou moins)
- 3 Non

1.45 Êtes-vous gêné(e) par une somnolence dans la journée (vous avez envie de dormir ou vous luttez pour rester éveillé(e)) ?

- 1 Oui, souvent (au moins 3 fois par semaine)
- 2 Oui, parfois (2 fois par semaine ou moins)
- 3 Non

1.46 Avez-vous déjà eu un enregistrement du sommeil fait à l'hôpital ou à votre domicile ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

1.47 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez ou que vous aviez eu un " syndrome d'apnées du sommeil " ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

## Le coût des soins médicaux

1.48 Avez-vous une couverture complémentaire maladie en plus de la Sécurité sociale (c'est-à-dire une mutuelle, la CMU complémentaire, une assurance ou une caisse de prévoyance qui vous rembourse vos soins médicaux en plus de la Sécurité sociale) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

1.49 Êtes-vous pris en charge à 100% pour une affection de longue durée (ALD diabète ou autre ALD) ?

- 1 Oui
- 2 Non **Si non, pour quelle raison ?**
  - 1 Mon médecin ne me l'a pas proposé et je n'y ai pas pensé
  - 2 Je ne le souhaitais pas, précisez la raison : .....
  - 3 Pour une autre raison, précisez : .....
  - 4 Je ne sais pas
- 3 Je ne sais pas

**1.50** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bénéficié d'une de ces aides (plusieurs réponses possibles) ?

- 1 Conseil ou suivi social (mairie, CCAS, CLIC, assistante sociale à l'hôpital)
- 2 Intervention d'une aide-ménagère ou auxiliaire de vie sociale
- 3 Livraison régulière de repas à domicile
- 4 Autre, précisez : .....

**1.51** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à certains services en rapport avec le diabète à cause du prix de ces soins ?

- 1 Oui **Si oui, à quel(s) service(s) en rapport avec le diabète avez-vous dû renoncer à cause de son (leur) prix ?** (plusieurs réponses possibles)
  - 01 Consultation avec un médecin
  - 02 Consultation avec un(e) diététicien(ne)
  - 03 Soins infirmiers
  - 04 Soins de pédicure ou podologie (soins des pieds)
  - 05 Soins dentaires (consultation de surveillance, traitement des caries, détartrage...)
  - 06 Prothèses dentaires (couronne, appareil...)
  - 07 Matériel d'auto-surveillance glycémique (pour mesurer le taux de sucre à la maison)
  - 08 Analyses de sang ou autres examens (radiologie...)
  - 09 Transports (pour une consultation, des examens, une hospitalisation...)
  - 10 Autre, précisez : .....
- 2 Non

**1.52** Quel matériel avez-vous dû acheter au cours des 12 derniers mois à cause de votre diabète (ne pas citer les lecteurs glycémiques ni les bandelettes) ?

Quel était, environ, son prix ?

<b>Chaussures adaptées (à cause du diabète)</b>	<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	<input type="checkbox"/> 1  _ _ _ _  euros <input type="checkbox"/> 2 Je ne sais pas
<b>Semelles orthopédiques et orthèses (à cause du diabète)</b>	<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	<input type="checkbox"/> 1  _ _ _ _  euros <input type="checkbox"/> 2 Je ne sais pas
<b>Autre (à cause du diabète) Précisez : .....</b>	<input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	<input type="checkbox"/> 1  _ _ _ _  euros <input type="checkbox"/> 2 Je ne sais pas

**1.53** Financièrement, dans votre foyer, diriez-vous plutôt que :

- 1 Vous êtes à l'aise
- 2 Ça va
- 3 C'est juste
- 4 Vous y arrivez difficilement
- 5 Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes



**1.54 Actuellement, quels sont environ les revenus mensuels nets de l'ensemble des personnes de votre foyer** (total des salaires, allocations, aides au logement, rentes, minimum vieillesse, prestation dépendance...)?

- 1 Moins de 400 euros (moins de 2 624 francs)
- 2 400 à 800 euros (2 624 à 5 248 francs)
- 3 800 à 1 200 euros (5 248 à 7 871 francs)
- 4 1 200 à 2 000 euros (7 871 à 13 119 francs)
- 5 2 000 à 4 000 euros (13 119 à 26 238 francs)
- 6 4 000 à 6 000 euros (26 238 à 39 357 francs)
- 7 6 000 euros ou plus (39 357 francs ou plus)
- 8 Je ne sais pas
- 9 Je ne veux pas répondre

**1.55 Actuellement, vivez-vous dans une maison de retraite ou dans une autre institution** (maison d'accueil pour personnes âgées, unité de soins de longue durée ...)?

- 1 Oui **Si oui, passez directement à la question 1.57.**
- 2 Non

**1.56 Combien de personnes, y compris vous-même, vivent actuellement dans votre foyer** (adultes et enfants)?

|\_\_| personne(s) de plus de 14 ans

et |\_\_| enfant(s) de 13 ans ou moins

**1.57 Etes-vous ou l'un de vos parents est-il originaire d'un pays autre que la France?**

- 1 Oui **Si oui, de quel(s) pays s'agit-il?** .....
- 2 Non

**1.58 Quel est votre niveau d'études?**

- 1 Jamais scolarisé(e)
- 2 Primaire non terminé
- 3 Primaire terminé, CEP (Certificat d'Études Primaires)
- 4 Collège, BEPC, CAP, BEP
- 5 Lycée général ou technique, BAC, BAC + 1 an
- 6 BAC + 2 ans ou plus
- 7 Autre, précisez : .....

**1.59 Quelle est votre situation professionnelle actuelle?**

- 1 En activité (temps plein ou temps partiel)
- 2 En arrêt de travail pour maladie ou accident  
Précisez la durée totale prévue : |\_\_|\_\_| mois OU |\_\_|\_\_| semaines OU |\_\_|\_\_| jours
- 3 En invalidité
- 4 Au chômage
- 5 Homme ou femme au foyer
- 6 A la retraite (ou en pré-retraite)
- 7 Sans activité, précisez : .....
- 8 Je n'ai jamais travaillé. **Si vous n'avez jamais travaillé, passez directement à la question 1.63**

**1.60** Dans votre dernier poste ou dans votre poste actuel, étiez-vous ou êtes-vous ?

- 1 A votre compte, travailleur indépendant
- 2 Fonctionnaire
- 3 Salarié dans le privé
- 4 Autre, précisez : .....

**1.61** Quelle était votre dernière profession ou quelle est votre profession actuelle ?  
(veuillez préciser le libellé exact)

.....

**1.62** Avez-vous dû modifier ou arrêter votre activité professionnelle à cause du diabète ?

1 Oui **Si oui, quelles modifications ont eu lieu ?** (plusieurs réponses possibles)

- 1 Travail à temps partiel
- 2 Travail à temps plein mais modification des horaires
- 3 Réorientation professionnelle
- 4 Invalidité ou longue maladie
- 5 Autre, précisez : .....

2 Non

3 Non concerné(e) (sans activité lors de la découverte du diabète)

**1.63** Actuellement, percevez-vous une des allocations suivantes ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 Aucune allocation
- 2 Chômage
- 3 Minimum vieillesse
- 4 Pension d'invalidité de la sécurité sociale, d'une mutuelle, d'une assurance ou de votre employeur
- 5 RMI (revenu minimum d'insertion) ou API (allocation de parent isolé)
- 6 Rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle
- 7 AAH (allocation aux adultes handicapés)
- 8 Je ne sais pas

**Partie 2 - Questionnaire ENTRED concernant :  
“Le bien-être, les activités quotidiennes, la vie sexuelle”**

**Les activités de la vie quotidienne et le bien-être**

*Les questions qui suivent portent sur votre santé telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.*

*Veillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.*

**2.1 Avez-vous des difficultés pour faire vos courses seul(e) ?**

- 1 Non, pas de difficultés
- 2 Oui, quelques difficultés
- 3 Oui, beaucoup de difficultés
- 4 Je ne peux pas les faire seul(e)
- 5 Je n'ai pas à les faire seul(e), précisez pourquoi : .....

**2.2 Avez-vous des difficultés pour préparer vos repas seul(e) ?**

- 1 Non, pas de difficultés
- 2 Oui, quelques difficultés
- 3 Oui, beaucoup de difficultés
- 4 Je ne peux pas les préparer seul(e)
- 5 Je n'ai pas à les préparer seul(e), précisez pourquoi : .....

**2.3 Avez-vous des difficultés pour faire les démarches administratives seul(e) ?**

- 1 Non, pas de difficultés
- 2 Oui, quelques difficultés
- 3 Oui, beaucoup de difficultés
- 4 Je ne peux pas les faire seul(e)
- 5 Je n'ai pas à les faire seul(e), précisez pourquoi : .....

**2.4 Avez-vous des difficultés pour prendre vos médicaments seul(e) ?**

- 1 Non, pas de difficultés
- 2 Oui, quelques difficultés
- 3 Oui, beaucoup de difficultés
- 4 Je ne peux pas les prendre seul(e)
- 5 Je n'ai pas à les prendre seul(e), précisez pourquoi : .....

**2.5 Avez-vous des difficultés pour utiliser un moyen de déplacement seul(e) ? (prendre une voiture personnelle, commander un taxi, prendre les transports en commun)**

- 1 Non, pas de difficultés
- 2 Oui, quelques difficultés
- 3 Oui, beaucoup de difficultés
- 4 Je ne peux pas en utiliser seul(e)
- 5 Je n'ai pas à en utiliser seul(e), précisez pourquoi : .....

**2.6 Avez-vous des difficultés pour vous servir du téléphone seul(e) ?**

- 1 Non, pas de difficultés
- 2 Oui, quelques difficultés
- 3 Oui, beaucoup de difficultés
- 4 Je ne peux pas m'en servir seul(e)
- 5 Je n'ai pas à m'en servir seul(e), précisez pourquoi : .....

2.7 Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Excellente                 | Très bonne                 | Bonne                      | Médiocre                   | Mauvaise                   |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2.8 Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

Liste d'activités

- |  | Oui,<br>beaucoup limité(e) | Oui,<br>un peu limité(e)   | Non,<br>pas du tout limité(e) |
|--|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| a Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3    |
| b Monter plusieurs étages par l'escalier .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3    |

2.9 Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,

- |   | En<br>permanence           | Souvent                    | Quelquefois                | Rarement                   | Jamais                     |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?.....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2.10 Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e))

- |  | En<br>permanence           | Souvent                    | Quelquefois                | Rarement                   | Jamais                     |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?.....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?.. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2.11 Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Pas du tout                | Un petit peu               | Moyennement                | Beaucoup                   | Enormément                 |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

**2.12** Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
a Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Vous vous êtes senti(e) triste et abattue ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**2.13** Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

	En permanence	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## La vie sexuelle

**2.14** Depuis le début de votre diabète, avez-vous consulté pour des troubles sexuels ?

- 1 Oui **Si oui, était-ce ?**
- 1 Un médecin généraliste
  - 2 Un médecin urologue
  - 3 Un médecin gynécologue
  - 4 Un médecin sexologue
  - 5 Un psychologue ou psychiatre
  - 6 Quelqu'un d'autre, précisez : .....
- 2 Non
- 3 Je ne souhaite pas répondre

**2.15** En ce qui concerne votre vie sexuelle actuelle, êtes-vous ?... (une seule réponse possible)

- 1 Très satisfait(e)
  - 2 Plutôt satisfait(e)
  - 3 Peu satisfait(e)
  - 4 Pas satisfait(e) du tout
  - 5 Je ne suis pas concerné(e)
  - 6 Je ne souhaite pas répondre
- Si vous n'êtes pas concerné(e) ou ne souhaitez pas répondre, passez directement à la partie 3 (page 16)**

**2.16** À quand remonte votre dernier rapport sexuel (avec ou sans pénétration) ?

Il y a |\_\_|\_\_| ans OU |\_\_|\_\_| mois OU |\_\_|\_\_| semaines OU |\_\_|\_\_| jours

**Les questions suivantes ne vous concernent que si vous êtes un homme et que vous avez une vie sexuelle ou que vous souhaitez avoir une vie sexuelle. Sinon, passez directement à la partie 3, page 16.**

*Pour chaque question, veuillez vous remémorer les informations au cours des 4 dernières semaines et ne cocher qu'une seule case à la fois.*

**2.17** Au cours des 4 dernières semaines, à quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ? (une seule réponse possible)

- 1 Pas sûr du tout
- 2 Pas très sûr
- 3 Moyennement sûr
- 4 Sûr
- 5 Très sûr
- 6 Je ne sais pas

**2.18** Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles (incluant les situations telles que les jeux amoureux ou la visualisation d'images érotiques), à quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ? (une seule réponse possible)

- 1 Non concerné (aucune stimulation sexuelle)
- 2 Presque jamais ou jamais
- 3 Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 4 Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 5 La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 6 Presque tout le temps ou tout le temps

**2.19** Au cours des 4 dernières semaines, pendant vos rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire (introduction du pénis) ? (une seule réponse possible)

- 1 Non concerné (aucune stimulation sexuelle)
- 2 Presque jamais ou jamais
- 3 Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 4 Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 5 La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 6 Presque tout le temps ou tout le temps

**2.20** Au cours des 4 dernières semaines, pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ? (une seule réponse possible)

- 1 Non concerné (aucune tentative de rapport sexuel)
- 2 Extrêmement difficile
- 3 Très difficile
- 4 Difficile
- 5 Un peu difficile
- 6 Pas difficile

**2.21** Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels (pénétration de votre partenaire), à quelle fréquence en avez-vous été satisfait ? (une seule réponse possible)

- 1 Non concerné (aucune stimulation sexuelle)
- 2 Presque jamais ou jamais
- 3 Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 4 Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 5 La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 6 Presque tout le temps ou tout le temps

### Partie 3 - Questionnaire ENTRED “Information et soutien”

*Les questions qui suivent portent sur les informations et le soutien dont vous disposez ou dont vous pourriez avoir besoin pour mieux vivre avec votre diabète.*

*Vos réponses nous permettront de connaître vos attentes et de mieux les prendre en compte.*



**3.1 Avez-vous le sentiment d'être informé(e) sur votre diabète ? (une seule réponse)**

- 1 Très bien informé(e)
- 2 Plutôt bien informé(e)
- 3 Plutôt mal informé(e)
- 4 Très mal informé(e)

**3.2 Quels sont les principaux sujets liés au diabète à propos desquels vous souhaiteriez être plus informé(e) ? (plusieurs réponses possibles)**

- 01 L'alimentation
- 02 L'activité physique
- 03 Le traitement (comprimés, insuline)
- 04 Comment bien vivre avec le diabète
- 05 La sexualité
- 06 Les complications possibles du diabète (sur les yeux, le cœur, les reins, les nerfs)
- 07 L'hémoglobine glyquée (HbA1c) et l'auto-surveillance glycémique
- 08 Les droits (santé, travail, assurances...), le remboursement des soins
- 09 Les lieux où trouver de l'information sur le diabète, les possibilités d'aide ou d'accompagnement psychologique ou social, les associations de patients
- 10 Autre, précisez : .....
- 11 Je ne souhaite pas d'information supplémentaire

**3.3 Vous sentez-vous capable en général, seul(e) ou avec l'aide de votre entourage, de gérer la prise de vos médicaments (comprimés pour le diabète et/ou insuline) ?**

- 1 Tout à fait
- 2 Plutôt
- 3 Pas vraiment
- 4 Pas du tout
- 5 Je n'ai pas à gérer la prise de médicaments

**3.4 Vous sentez-vous capable en général, seul(e) ou avec l'aide de votre entourage, d'adapter votre alimentation selon les conseils donnés pour votre diabète ?**

- 1 Tout à fait
- 2 Plutôt
- 3 Pas vraiment
- 4 Pas du tout
- 5 Je n'ai pas à adapter mon alimentation

**3.5 Vous sentez-vous capable en général, seul(e) ou avec l'aide de votre entourage, de réaliser la surveillance de votre diabète (appareil d'auto-mesure de la glycémie) ?**

- 1 Tout à fait
- 2 Plutôt
- 3 Pas vraiment
- 4 Pas du tout
- 5 Je n'ai pas à utiliser d'appareil d'auto-mesure

**3.6 Vous sentez-vous capable en général, seul(e) ou avec l'aide de votre entourage, d'adapter votre activité physique selon les conseils donnés pour votre diabète ?**

- 1 Tout à fait
- 2 Plutôt
- 3 Pas vraiment
- 4 Pas du tout
- 5 Je n'ai pas à adapter mon activité physique

**3.7** La mise en pratique des recommandations que vous avez reçues pour votre diabète (médicaments, alimentation, auto-mesure de la glycémie, activité physique) vous paraît-elle... ?

- 1 Tout à fait acceptable
- 2 Gênante mais acceptable
- 3 Trop lourde
- 4 Je ne les mets pas en pratique
- 5 Je n'en ai pas reçu

**3.8** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous changé certaines choses pour votre santé dans vos habitudes quotidiennes ?

- 1 Oui, précisez quels changements : .....
- 2 Non, précisez pourquoi :
  - 1 Je n'ai pas changé mes habitudes quotidiennes, mais j'en ai l'intention
  - 2 J'ai essayé de changer certaines choses mais je n'y arrive pas
  - 3 Je n'ai pas envie de changer mes habitudes quotidiennes
  - 4 Je n'ai pas besoin de changer mes habitudes quotidiennes

**3.9** Comment voyez-vous l'avenir avec votre diabète ?

- 1 Avec une grande confiance
- 2 Avec confiance
- 3 Avec inquiétude
- 4 Avec une grande inquiétude

**3.10** Êtes-vous satisfait(e) du soutien que vous recevez de la part de votre entourage (époux, épouse, partenaire, famille, amis) à propos de votre diabète ?

- 1 Tout à fait
- 2 Plutôt
- 3 Pas vraiment
- 4 Pas du tout
- 5 Je n'ai pas besoin d'aide

**3.11** Diriez-vous que vous pouvez aborder facilement avec votre médecin les problèmes qui vous préoccupent ?

- 1 Tout à fait
- 2 Plutôt
- 3 Pas vraiment
- 4 Pas du tout

**3.12** Dans votre relation avec votre médecin, diriez-vous qu'en général... (une seule réponse possible)

- 1 Le médecin décide et vous suivez ses prescriptions
- 2 Le médecin et vous décidez ensemble
- 3 Le médecin vous conseille et c'est vous qui décidez

**3.13** Dans les 12 derniers mois, faisiez-vous partie d'un réseau de soins aux diabétiques ?

- 1 Oui Si oui, lequel ? Nom : .....
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

**3.14** Dans les 12 derniers mois, étiez-vous membre d'une association de patients diabétiques ?

- 1 Oui Si oui, laquelle ? Nom : .....
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

**3.15** Qui vous a fourni de l'information en lien avec le diabète ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 Un ou des médecins
- 2 D'autres professionnels de santé (infirmier, diététicien, pharmacien...)
- 3 Les médias (télévision, journaux, radios...)
- 4 Mon entourage
- 5 Une association de patients, un réseau de santé, une maison du diabète
- 6 Une autre source, précisez : .....
- 7 Personne

**3.16** Vous êtes-vous, de vous-même, renseigné sur le diabète ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 Oui, dans des livres, dépliants ou brochures
- 2 Oui, sur Internet
- 3 Oui, auprès d'associations de patients, réseaux de santé, Maisons du diabète
- 4 Oui, par le biais d'une plateforme téléphonique d'information
- 5 Oui, par un autre moyen (précisez) : .....
- 6 Non

**3.17** Votre médecin vous a-t-il remis le guide "Affection de longue durée - la prise en charge de votre maladie, le diabète" (remis en cas de demande d'ALD récente ou de renouvellement d'ALD diabète) ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

**3.18** Au cours des 12 derniers mois, en complément du suivi médical habituel de votre diabète, avez-vous bénéficié (plusieurs réponses possibles) :

- 1 D'entretiens individuels approfondis avec un médecin (ou infirmier, diététicien...) consacrés à la gestion du diabète et à son traitement au quotidien
- 2 De séances collectives : cours, conférence, atelier avec plusieurs personnes diabétiques
- 3 D'un accompagnement téléphonique
- 4 D'autres types d'activités concernant le diabète, précisez : .....
- 5 D'aucune activité particulière
- 6 Je ne sais pas

*Si vous n'avez pas bénéficié d'entretiens approfondis ni de séances collectives, passez directement à la question 3.23*

**3.19** Les entretiens approfondis ou séances collectives dont vous avez bénéficié à propos du diabète se sont-ils déroulés...? (plusieurs réponses possibles)

- 1 À l'hôpital
- 2 Dans le cabinet d'un médecin de ville
- 3 Dans le cabinet d'un autre professionnel de santé (infirmier, diététicien, etc.)
- 4 Dans un local associatif (Maison du diabète, association de patients, etc.)
- 5 À domicile
- 6 Autre, précisez : .....

**3.20** Les entretiens approfondis ou séances collectives dont vous avez bénéficié à propos du diabète étaient-ils réalisés ou animés par...? (plusieurs réponses possibles)

- 1 Un médecin
- 2 Un(e) infirmier(e)
- 3 Un(e) diététicien(ne)
- 4 Autre, précisez : .....
- 5 Je ne sais pas

**3.21 Les entretiens approfondis ou séances collectives dont vous avez bénéficié à propos du diabète ont-ils répondu à vos besoins et à vos attentes ?**

- 1 Oui, tout à fait
- 2 Oui, en partie
- 3 Non, pas assez
- 4 Non, pas du tout
- 5 Je n'avais pas d'attentes particulières

**3.22 Les entretiens approfondis ou séances collectives dont vous avez bénéficié à propos du diabète vous ont-ils aidé à mieux vivre avec votre diabète ?**

- 1 Oui, tout à fait
- 2 Oui, en partie
- 3 Non, pas assez
- 4 Non, pas du tout

**3.23 Quelqu'un de votre entourage a-t-il pu bénéficier d'entretiens approfondis ou de séances collectives concernant le diabète afin de vous soutenir dans votre vie avec le diabète ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**3.24 En complément du suivi médical habituel de votre diabète, souhaiteriez-vous bénéficier à l'avenir :**

**- d'entretiens individuels approfondis avec un médecin (ou infirmier, diététicien...)  
consacrés à la gestion du diabète et à son traitement au quotidien :**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

**- de séances collectives (cours, conférence, atelier avec plusieurs personnes diabétiques) :**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

**- d'un accompagnement téléphonique :**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas

**3.25 Comment avez-vous rempli ce questionnaire ?**

- 1 Seul(e)
- 2 Avec l'aide de quelqu'un, **précisez** :
  - 1 Membre de la famille
  - 2 Ami(e)
  - 3 Infirmier(ère)
  - 4 Autre, précisez : .....

**3.26 Si vous deviez citer une chose qui permettrait d'améliorer votre vie avec le diabète, que diriez-vous ?**

.....  
.....  
.....

***Le questionnaire est terminé.  
Nous vous remercions d'avoir répondu à ces questions.***